

FAMILY PLANNING INITIAL HISTORY - PART I - MEDICAL HISTORY

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Hoy _____

HISTORIA FAMILIAR

¿Han tenido sus abuelos, padres, o hermanos alguno de lo siguiente?

Sí	No	Los temas más oscuros son temas preconceptuales
		Coágulos de la sangre en brazos/piernas/pulmones
		Colesterol/triglicérido altos
		Cáncer del colon
		Cáncer de los senos/ovarios/útero
		Enfermedad del corazón o embolio (menor de 50 años)
		Condiciones de la sangre (Célula falciforme/hemofilia)
		Diabetes
		Alcoholismo/abuso de drogas
		Defectos de nacimiento ¿Que tipo? _____

HISTORIA MENSTRUAL

EL PRIMER día de su última menstruación _____

¿Fué normal? Sí No, describa: _____

Sí	No	Los temas más oscuros son temas preconceptuales
		Edad en que empezó la menstruación _____
		¿Tiene la menstruación cada mes?
		¿Sangra entre menstruaciones?
		¿Le dan calambres/colicos?
		¿Toma medicamento para los calambres/colicos?
		Es el flujo: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Pesado
		¿Ha tenido relaciones sexuales sin usar protección contra el embarazo desde su última menstruación? ¿Cuándo? _____

SU HISTORIA MÉDICA

¿Alguna vez ha tenido lo siguiente?

Sí	No	Los temas más oscuros son temas preconceptuales
		Alergias: _____
		¿Está tomando medicamentos ahora? Medicamentos: _____
		Coágulos de la sangre en sus brazos/piernas/pulmones
		Alta presión arterial o enfermedad del corazón
		Jaquecas o dolores frecuentes de cabeza
		Entumecimiento o cambios en la vista
		Cáncer ¿Que tipo? _____
		Colesterol/triglicéridos altos
		Condiciones de la sangre (Célula falciforme/hemofilia, falta de hierro)
		Problemas de la glandula tiroide
		Enfermedad de la visicula biliar
		Cirujía
		Problemas de los riñones o de la vejiga
		Enfermedad del hígado (hepatitis, monocucleosis, ectercia)
		Diabetes
		Epilepsia o convulsiones
		Rubéola o vacuna en contra del rubéola (Sarampión Aleman)
		Vacuna en contra del tetano. ¿Cuándo?: _____ Vacuna en contra del Hepatitis B. ¿Cuándo?: _____

HISTORIA DE EMBARAZO

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____
 ¿Edad cuando primero se embarazó? _____
 ¿Está amamantando? No Sí
 ¿Piensa tener hijos en el futuro? No Sí
 ¿A qué edad? _____

Sí	No	Por favor marque lo que llega a su caso
		¿En qué años ha tenido hijos? (Fecha de nacimiento) _____
		He tenido un aborto provocado(s) Fecha: _____ Semanas: _____
		He tenido un aborto natural(es) Fecha: _____ Semanas: _____
		He tenido un bebé que ha pesado menos de 5 libras y medio al nacer o más de 9 libras.
		He tenido o tengo alta presión arterial, diabetes o problemas genéticos.

HISTORIA GINECOLÓGICA

Fecha de su última prueba Papanicolaou _____

Resultado _____

¿Ha tenido lo siguiente?:

Sí	No	Los temas más oscuros son temas preconceptuales
		Prueba Papanicolaou anormal Fecha: _____ Tratamiento: _____
		Enfermedad de los senos
		Problemas de los ovarios
		Problemas del útero
		Verrugas genitales
		Gonorrea
		Clamidia
		Sifilis
		Herpes genitales
		Dolor o otros problemas al tener relaciones sexuales
		Mamograma Fecha _____
		Infecciones de la vagina
		¿Tomó su madre DES durante el embarazo? Información recibida (si fecha de nacimiento es antes de 1975)

HISTORIA CON LA PLANIFICACION FAMILIAR

Método que está usando ahora _____
 Método que quisiera empezar hoy _____

Método	Problemas	Método	Problemas
Aparato interuterino: (DUI) Tipo		Pastillas: Marca(s)	
Espuma		Norplant	
Condón		Depo Provera	
Difragma		Planificacion familiar de emergencia	

HISTORIA PERSONAL

Sí	No	Los Servicios de la Planificación Familiar NO requieren el permiso de los padres.
		¿Hace ejercicio físico?
		¿Fuma? Cantidad _____
		¿Usa lavados vaginales?
		¿Hay algo que le causa tensión ahora?
		Si es menor de 18 años: ¿Hay un adulto con quien puede hablar del sexo?
		Si es menor de 18 años: ¿Ha hablado con sus padres de esta visita?

INFORMACIÓN NUTRITIVA

¿Cuántas veces al día come lo siguiente?:

Grupos de alimentos	Numero de porciones por día
Leche, queso, otros productos lácteos	
Papitas, pasteles, pan dulce	
Carne, pescado, aves, huevos, frijoles	
Frutas y verduras	
Pan, cereales, granos	
Cafeína (café, té, refresco, chocolate)	
Por favor conteste lo siguiente: ¿Cuántas veces se salta o no come una comida? _____ ¿Cree que su peso es: <input type="checkbox"/> Más o menos bien <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muy delgada ¿Alguna vez ha vomitado o usado laxantes para controlar su peso? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuándo fue la última vez? _____ ¿Está a dieta especial? (e.g., vegetariana, diabética) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Describa la dieta: _____ ¿Está tomando?: <input type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/> Hierro <input type="checkbox"/> Ácido fólico <input type="checkbox"/> Calcio Otros suplementos: _____	
Staff assessment: <input type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate Comments:	

Firma del paciente _____ Fecha _____
 Firma del personal _____ Fecha _____